Health and Welfare Canada
Santé et Bien-être social Canada

Family Violence Prevention Division

National Clearinghouse on Family Violence

Division de la prévention de la violence familiale

Centre national d'information sur la violence dans la famille

PREVENTING CHILD ABUSE AND NEGLECT DEATHS: THE IDENTIFICATION AND MANAGEMENT OF HIGH RISK CASES

by

Cyril Greenland, MSc., Ph.D.
Visiting Professor, Centre of Criminology
University of Toronto

89-03915/

PREVENTING CHILD ABUSE AND NEGLECT DEATHS: THE IDENTIFICATION AND MANAGEMENT OF HIGH RISK CASES

by

Cyril Greenland, MSc., Ph.D.
Visiting Professor, Centre of Criminology
University of Toronto

Family Violence Prevention Division
National Clearinghouse on Family Violence
Social Service Programs Branch
Health and Welfare Canada

Reproduced by permission of
Health Visitor, Journal of the Health Visitors' Association
Volume 59, July 1986

©Minister of Supply and Services Canada 1989
Cat. No. H72-21/9-9-1989E
ISBN 0-662-16658-2

PREVENTING CHILD ABUSE AND NEGLECT DEATHS: THE IDENTIFICATION AND MANAGEMENT OF HIGH RISK CASES

CYRIL GREENLAND

Summary

Based on an international literature review and study of child abuse deaths in the USA, Canada and the UK, the question of preventing child abuse and neglect deaths is considered. Guidelines are suggested for identification and assessment of children at risk.

Health Visitor 1986: 59, 7:205-206

Introduction

Although deaths due to child abuse are fortunately rare, when a child under the supervision of a child protection agency is killed, the tragedy is usually exploited by the news media. This results in the transfer of public concern and outrage from the assailant who killed the child to the social workers who failed to protect the child. The extreme vulnerability of social workers to this kind of public humiliation has unfortunate consequences which go far beyond the individuals concerned. It leads, for example, to defensive social work. This, like the practice of defensive medicine, is more concerned with protecting institutions and professional reputations than with meeting the needs of children and their families.

Balancing the danger of leaving abused children at home against the harm of separating them precipitously from their parents is an awesome responsibility for child protection agencies. Since an element of risk-taking is unavoidable, the search for more effective ways of identifying and managing high risk cases is, or should be, an indispensable feature of child welfare practice. This issue is addressed in the research reported here, which is primarily concerned with preventing, or at least reducing, the incidence of child abuse deaths.

Sources of data

This research is a continuation of a previous study[1] of lethal family situations. In addition to an international review of the literature, including an analysis of the published US data, the research was based on two cohorts of child abuse deaths. Data based on 100 child abuse or neglect (CAN) deaths from Ontario, 1973-1982, involved an analysis of cases provided by the Chief Coroner's office. The UK data consisted of an analysis of 68 deaths. This included 30 official reports on CAN deaths involving children under the supervision of a child protection agency; data on 33 deaths known to the National Society for the Prevention of Cruelty to Children, and five CAN deaths reported to an Area Review Committee.

In the interest of brevity, the following section on incidence refers only to the most recent studies from the USA, UK and Canada. For the same reason, observations on the characteristics of the victims and perpetrators are limited to the 100 Ontario deaths. It is, however, important to emphasize that in many respects the USA, UK and Canada data tell similar stories.

Incidence

In many otherwise excellent studies, the CAN fatalities are expressed as a proportion of the number of confirmed cases on the Child Abuse Register. This ignores the fact that fashions in the definition of abuse change over time and in different locations. Bearing this in mind, the most recent community-based studies of CAN deaths in the USA show that the estimated fatality rates range from 1.5 per 1000 reported cases[2] to 12 per 1000.[3] Since these figures are well below the five percent of fatalities in the severe abuse cases suggested by Helfer and Pollock,[4] it can be assumed that earlier estimates of CAN deaths were exaggerated.

The estimated incidence of CAN deaths in the UK has also been drastically revised. According to a recent report,[5] the somewhat wild figure of two child abuse deaths per day has been reduced to 44-74 per year in England and Wales. Although accurate data are still hard to find, it has been suggested that owing to more effective child protection services, the risk of serious injuries and deaths due to child abuse is declining in the UK.[5]

In order to provide a more secure foundation for estimating the incidence of CAN deaths in Ontario, the number of fatalities reported by the Chief Coroner was calculated as a proportion of the population of children at risk. From this perspective the incidence of CAN deaths, averaging ten per year from 1973 to 1982, is relatively stable. Recorded annually in Ontario Vital Statistics, the CAN deaths are part of a much larger group of infant deaths attributed to 'accidents and violence'. Looking specifically at the fatalities in the nought to four year age range, it appears that over a period of ten years, only between four and eight percent of the deaths were due to abuse and/or neglect. While this is still a matter for serious concern, it cannot be said that child abuse in Ontario is a major cause of infant mortality. In Canada, as in the USA and the UK, the foremost maimers and killers of our children are motor vehicles and domestic accidents.

The victims

The risk of death due to CAN is highest in the first year of life. The Ontario data, confirmed by most other studies, show that well over half of the victims, (60 percent females, 53.7 percent males) died before the age of 12 months. An additional 25 percent, (19 percent females, 29.6 percent males) died before the age of two years. Only five percent of the victims were over the age of five years. This suggests that if these vulnerable children could be identified and protected up to the age of four, the risk of death due to child abuse would be considerably reduced.

The difficulty of identifying high risk children is to some extent simplified by the fact that about half of them, in the Ontario cohort, were already known to a child protection agency. Over 60 percent of the victims had been previously abused and their injuries treated by physicians. Therefore, a previous history of abuse to the victim or siblings and unexplained or poorly explained injuries in infancy, should be recognized as vital elements in the assessment of risk.

Equally important is the finding that almost half (47 percent) of the infant victims were at or below the third centile for height or weight. Sixteen of them, (10 males and six females), being below the third centile for height and weight, were clearly suffering from non-organic failure to thrive. This alone places them into a high risk category. Evidence of a previous injury before the age of five years and being stunted in height, weight or both, should alert and alarm the helping professionals.

An unexpected finding, rarely reported in the literature, is that abused children, including young infants, are able to express 'warning' or 'help-seeking' behaviour. Here are three typical examples: Kim, aged six months, who had previously been abused by her mother, was observed by two social workers and a policeman to be resting comfortably in the arms of her aunt. When her mother tried to pick her up, Kim squirmed, resisted and was exceedingly apprehensive. At the age of 19 months Kim was killed by her mother.

Within a few weeks of his birth, Jeff was seriously injured by his mother. After surgery and a brief stay in a foster home, Jeff was returned to his mother. While under the supervision of a child protection agency, Jeff showed signs of further abuse and neglect. A new social worker, on her second home visit, recorded that when she got up to leave, Jeff, then aged 14 months, 'cried uncontrollably'. When he was three years old, Jeff sustained serious internal injuries at the hands of his mother.

After being cared for by her aunt and uncle from the age of four months, Maria, aged six years, was returned to her mother and step-father. They were known to neglect their own children. Concerned neighbours reported to the child protection agencies that Maria was being abused and neglected. Maria's 'help-seeking' behaviour consisted of running away from home, half-dressed, early in the morning and begging an aunt for protection. Shortly before her eighth birthday, Maria was killed by her step-father.

Although it is often impossible to determine if abuse provokes disturbed behaviour in children or if disturbed behaviour provokes abuse, there can be no doubt that a high proportion of abused children are extremely difficult to rear. Premature infants, for example, appear to be extremely vulnerable to abuse and neglect. The clinical assessment of these and other battered children[6,7,8] indicates the presence of severe behaviour disorders which adults, especially parents, find very disturbing. Failure to recognize the extent to which the child's behaviour may contribute to the abusive situation may have disastrous consequences.

Perpetrators

The suspected perpetrators were identified in 98 out of the 100 Ontario cases. Forty-three of them were females and 36 males. In 19 cases, both parents or partners were jointly responsible for the child's death. Natural parents were the perpetrators in 63 percent of the deaths; mothers were involved in 38 deaths, fathers in 13 deaths and both parents in 12 deaths. Acting alone or together with the mother, 'common-law' partners or boyfriends

were responsible for 25 deaths. Baby-sitters, ranging in age from 12 to 40 years, were responsible for nine deaths.

Young, single or separated mothers were responsible for 21 deaths. A domestic situation characterized by a teenage pregnancy, poverty and social isolation was frequently observed in this group. A current pregnancy or post-partum state increases the risk to children in these vulnerable families.

Many of the poor and isolated young mothers were exploited by unstable men who established themselves in the home as 'common-law' partners. Very young children, left in their care, have a high risk of being severely abused or killed.

Data on the perpetrators' socio-economic status were difficult to obtain. Where this information was available, there could be no doubt that the usual manifestations of poverty, low educational achievement, being unskilled or unemployed, poor health and inadequate housing, were present in the vast majority of cases. White collar or professional occupations were recorded for only six of the Ontario perpetrators.

Identification and management of high risk cases

Once an adult has seriously injured a child, if the underlying social and emotional stresses are not relieved, the risk of repetition is very high. This is particularly true for young parents who lack social skills and social support. It also follows that seriously abused children, returned to the same environment, have a risk of further injury. As a general rule it can be said that with severe injuries, involving broken bones or fractured skulls, the younger the child, the greater the risk of death.

Unlike the most extreme cases, which present little difficulty, the marginal cases, where the facts are in doubt, defy simple rules. Assessments must therefore take into account a wide range of personal and socio-situational factors. The victim's developmental status and medical history are highly relevant. Detailed information about the perpetrator's background, parenting capacity, abuse of alcohol and drugs and history of criminal assaultive behaviour is obviously necessary. Equally important is information about the availability and the use of social, family and professional support systems.

The quality of the community's response to child abuse should also be considered as part of the assessment. The involvement of incompetent physicians, closed child protection agencies and inexperienced social workers obviously contributes to the risk of further abuse and neglect.

The failure of child protection agencies to respond to warnings by neighbours and concerned relatives contributed to several well publicized CAN deaths in the UK and Ontario. Another source of concern is the failure of professionals to respond adequately to the help-seeking behaviour of desperate parents. Depressed mothers, for example, frequently seek medical help for their children. An insensitive physician, who does little more than prescribe a tranquilizer, is writing a prescription for disaster.

In brief it can be stated that the effective management of high risk cases involves six main elements, including the following:

- The assignment of a professionally competent and experienced social worker to help the family and to protect the child.

- After the initial crisis has been contained, a comprehensive assessment of the total family situation must be completed and used as a guide to intervention.

- The development by the child protection agency in co-operation with the parents, concerned relatives and neighbours, of clear and manageable goals for supporting the family, reducing stress and protecting the children.

- Since high risk cases almost invariably involve a host of social agencies, including the police, the child protection agency must take the initiative in establishing an interdisciplinary case-management committee.

- The abused child, whether s/he remains at home or not, will probably need specialized developmental assessment and treatment.

- The courts, if involved, must be made aware of Henry Kempe's dictum, that if a child is not safe at home it cannot be protected by casework.[9]

Conclusion

This study of CAN deaths indicates the need for some drastic changes in the provision of child protection services. There is, for example, no doubt that the lack of an interdisciplinary approach and failures in interprofessional communication, place the lives of 'at risk' children in jeopardy.

Once identified, 'high risk' generates anxiety among the helping professionals. This is manifested either in paralysis and the loss of professional objectivity or in multiple panic responses, which serve only to increase the parents' hostility and despair. Sporadic casework, without tangible improvements in the family situation, is ineffective in protecting abused and neglected children.

The good news is that, since child protection workers are becoming familiar with the psychological studies of abused children, attention is, at last, being paid to the role of the child in provoking abuse. Without blaming the victim, it is possible to recognize the extent to which many abusive parents need specialized help in coping with very difficult children.

Finally, it is important to recognize that improved techniques for identifying and managing high risk children, while ensuring physical survival, will not heal their emotional wounds. For this reason the professional community must make the public and government agencies aware of the need for

special programmes to meet the social and emotional needs of battered and neglected children and their siblings. Providing these services today may be the only effective way of preventing child abuse deaths tomorrow.

References

1. Greenland C. Lethal Family Situations: An international comparison of deaths from child abuse. In: Anthony EJ, Chiland C (eds). The Child and His Family: Preventive Child Psychiatry in an Age of Transition. John Wiley and Sons: New York, 1980.

2. US Department of Health and Human Services: National study of the incidence and severity of child abuse and neglect. (Pub no. OHDS 81-30325) Washington DC 1981.

3. Jason J, Andereck N. Fatal child abuse in Georgia: The epidemiology of severe physical child abuse. Child Abuse and Neglect 7(1): 1-9 (1983).

4. Helfer RE, Pollock C. The battered child syndrome. Advances Pediat: Vol 15: 9-27 (1968).

5. Creighton SJ. Trends in Child Abuse. The National Society for the Prevention of Cruelty to Children, London, 1984.

6. Green AH. Self-Destructive Behaviour in Battered Children. American Journal of Psychiatry 135.5, 579-582 (1978).

7. George C, Main M. Abused Children: Their Rejection of Peers and Caregivers. In: Field TF (ed). High-Risk Infants and Children. Academic Press, New York, 1980.

8. Lynch MA, Roberts J. Consequences of child abuse. Academic Press. London, 1982.

9. Helfer RE, Kempe CH. Some Problems Encountered by Welfare Department in the Management of the Battered Child Syndrome. University of Chicago Press, 1968.

Health and Welfare Canada
Santé et Bien-être social Canada

Family Violence Prevention Division

National Clearinghouse on Family Violence

Division de la prévention de la violence familiale

Centre national d'information sur la violence dans la famille

PRÉVENTION DE LA MORTALITÉ INFANTILE CAUSÉE PAR LA BRUTALITÉ ET LA NÉGLIGENCE: DÉPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DES CAS À RISQUE ÉLEVÉ

Cyril Greenland, M.Sc., Ph.D.
Professeur invité, Centre de criminologie
Université de Toronto

PRÉVENTION DE LA MORTALITÉ INFANTILE CAUSÉE PAR LA BRUTALITÉ ET LA NÉGLIGENCE: DÉPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DES CAS À RISQUE ÉLEVÉ

Cyril Greenland, M.Sc., Ph.D.
Professeur invité, Centre de criminologie
Université de Toronto

Division de la prévention de la violence familiale
Centre national d'information sur la violence dans la famille
Direction générale des programmes de service social
Santé et Bien-être social Canada

Traduit de l'anglais et reproduit avec l'autorisation de
Health Visitor, Journal de la "Health Visitors' Association"
Volume 59, Juillet 1986

©Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1989
N° de cat. H72-21/9-9-1989F
ISBN 0-662-95258-8

PRÉVENTION DE LA MORTALITÉ INFANTILE CAUSÉE PAR LA BRUTALITÉ ET LA NÉGLIGENCE: DÉPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DES CAS À RISQUE ÉLEVÉ

CYRIL GREENLAND

Sommaire

S'appuyant sur une revue de la littérature internationale et des dossiers d'enfants décédés à la suite de mauvais traitements aux États-Unis, au Canada et au Royaume-Uni, l'auteur discute des moyens pour prévenir ces décès. Des lignes directrices sont proposées pour le dépistage et la prise en charge des enfants à risque.

Health Visitor 1986: 59, 7:205-206

Introduction

Lorsqu'un enfant placé sous la surveillance d'une agence de protection de l'enfance meurt à la suite de brutalité ou de négligence, ce qui heureusement est relativement rare, la presse a tendance à exploiter la nouvelle au maximum. Le grand public peut alors faire un transfert d'indignation du bourreau qui a tué l'enfant aux travailleurs sociaux qui n'ont pas réussi à le protéger. Les travailleurs sociaux sont très vulnérables à ce genre d'opprobre, dont les conséquences ne s'arrêtent malheureusement pas à la personne concernée. Les travailleurs sociaux en arrivent à travailler sur la défensive et à se préoccuper, comme la médecine défensive, davantage des institutions et de la réputation professionnelle que des besoins des enfants et de la famille.

Les agences de protection de l'enfance ont une lourde responsabilité: choisir entre le danger que court un enfant battu qui est laissé dans son milieu et le traumatisme qu'il subit s'il est séparé brusquement de ses parents. Tous les risques étant impossibles à éviter, il faut trouver des moyens plus efficaces pour dépister et prendre en charge les cas à risque élevé. La documentation examinée porte sur cette question et s'intéresse principalement aux moyens de prévenir, ou du moins de réduire, le nombre de cas de mortalité infantile due à la brutalité ou à la négligence.

Sources des données

La présente recherche est le prolongement d'une étude[1] sur les situations familiales qui peuvent entraîner la mort d'un des membres. En plus d'une revue de la littérature internationale, incluant l'analyse des données publiées pour les États-Unis, notre recherche s'appuie sur deux cohortes d'enfants décédés à la suite de mauvais traitements. Nous avons d'abord analysé 100 décès d'enfants maltraités ou négligés en Ontario, entre 1973 et 1982, dont les cas ont été soumis par le coroner en chef. Les données pour le Royaume-Uni concernent 68 décès: 30 rapports officiels sur le décès d'enfants placés sous la surveillance d'une agence de protection de l'enfance, 33 décès connus de la Société nationale pour la prévention de la cruauté aux enfants et 5 décès signalés à un comité d'étude régional.

Par souci de concision, la partie qui suit sur l'incidence ne se rapporte qu'aux plus récentes études concernant les États-Unis, le Royaume-Uni

et le Canada. Pour les mêmes motifs, nous limitons nos observations sur les victimes et les assaillants aux 100 décès survenus en Ontario. Il importe de souligner, cependant, que les données pour les trois pays se recoupent très souvent entre elles.

Incidence

Dans beaucoup d'études, par ailleurs excellentes, les décès par brutalité ou négligence sont exprimés comme un pourcentage du nombre de cas confirmés dans le registre des enfants maltraités, ce qui peut faire oublier qu'on ne définit pas la brutalité partout et toujours de la même manière. Cette réserve faite, les derniers relevés des décès par brutalité ou négligence aux États-Unis indiquent que les taux estimatifs de mortalité varient de 1,5 pour 1000 cas signalés[2] à 12 pour 1000[3]. Ces chiffres étant bien au-dessous de ce que suggèrent Helfer et Pollock[4], soit 5 pour 100 dans les cas graves de mauvais traitements, on peut présumer que les estimations initiales étaient exagérées.

Au Royaume-Uni, l'incidence estimative des décès par brutalité ou négligence a aussi été révisée considérablement à la baisse. D'après un rapport récent[5], le chiffre incroyable de 2 décès par jour causés par des mauvais traitements a été ramené au nombre de 44 à 74 par année en Angleterre et au pays de Galles. Bien qu'il soit encore difficile d'obtenir des données exactes, on peut penser que la plus grande efficacité des services de protection de l'enfance se traduit par une diminution du risque de mortalité et de blessures graves causées par des mauvais traitements.

Afin d'étayer plus solidement notre estimation du nombre de décès par brutalité ou négligence en Ontario, nous avons exprimé le nombre de décès signalés par le coroner en chef en pourcentage de la population infantile à risque élevé. Calculée ainsi, l'incidence des décès par brutalité ou négligence est relativement stable, se situant en moyenne à 10 par année de 1973 à 1982. Enregistrés annuellement dans la statistique de l'état civil de l'Ontario, les décès par brutalité ou négligence s'inscrivent dans une catégorie beaucoup plus vaste de décès en bas âge attribués à des accidents et actes de violence. En examinant les décès survenus de 0 à 4 ans, on constate qu'en 10 ans, entre 4 et 8 pour 100 seulement des décès auraient été causés par des mauvais traitements. Sans sous-estimer la gravité de la situation, on ne peut pas dire non plus que la brutalisation des enfants en Ontario soit une des principales causes de mortalité infantile. Au Canada, tout comme aux États-Unis et au Royaume-Uni, ce sont les accidents de la route et les accidents au foyer qui font le plus de morts et d'infirmes.

Les victimes

C'est durant la première année de vie que l'enfant brutalisé ou négligé court le plus grand risque de décéder. Les données de l'Ontario, corroborées par la plupart des autres études, indiquent que plus de la moitié des victimes (60 pour 100 chez les filles, 53,7 chez les garçons) sont mortes avant d'avoir atteint 12 mois. Vingt-cinq pour cent (19 pour 100 chez les filles, 29,6 chez les garçons) sont décédées avant leur deuxième anniversaire. Cinq pour cent seulement des victimes avaient plus de cinq ans. Ces chiffres font penser que

si l'on pouvait repérer et protéger ces enfants vulnérables jusqu'à l'âge de quatre ans, il serait possible de réduire considérablement le risque de décès par brutalité ou négligence.

Le dépistage des enfants à risque élevé est simplifié jusqu'à un certain point, puisque environ la moitié d'entre eux dans le groupe de l'Ontario avaient déjà été signalés à une agence de protection de l'enfance. Plus de 60 pour 100 des victimes avaient été maltraitées et leurs blessures soignées par un médecin. Par conséquent, des antécédents de mauvais traitements infligés à la victime ou aux frères et soeurs, de même que des traumatismes antérieurs mal ou non expliqués, sont des éléments primordiaux dont il faut tenir compte dans l'évaluation du risque couru par l'enfant.

Une autre constatation tout aussi importante, c'est que près de la moitié (47 pour 100) des jeunes victimes se situaient au troisième centile ou sous celui-ci pour la stature ou le poids. Parmi elles, 16 enfants (10 garçons et 6 filles), au-dessous du troisième centile pour la stature et le poids, souffraient de toute évidence d'un développement physiologique insuffisant de causes non organiques. Cela suffit pour les placer dans la catégorie des risques élevés. Des blessures avant l'âge de cinq ans et une stature ou un poids insuffisant pour l'âge devraient être un signal pour le personnel soignant.

Une constatation inattendue, rarement signalée dans la presse médicale, c'est que l'enfant maltraité, même un tout petit bébé, est capable de lancer des appels à l'aide. Voici trois exemples typiques. Kim, une petite fille de six mois qui a déjà été battue par sa mère, repose tranquillement dans les bras de sa tante, racontent les deux travailleuses sociales et le policier témoins de la scène. Lorsque la mère veut la prendre, Kim devient agitée, résiste et est manifestement appréhensive. A l'âge de 19 mois, Kim est tuée par sa mère.

Quelques semaines après sa naissance, Jeff est gravement brutalisé par sa mère. Il subit une intervention chirurgicale, est gardé quelque temps dans un foyer nourricier, puis renvoyé chez lui. Pendant qu'il est sous la surveillance d'une agence de protection de l'enfance, Jeff continue d'être maltraité et négligé. La nouvelle travailleuse sociale rapporte qu'à sa deuxième visite, lorsqu'elle se lève pour partir, Jeff, qui a alors quatorze mois, se met à pleurer à chaudes larmes. A trois ans, Jeff subit des lésions internes graves causées par sa mère.

Confiée à sa tante et à son oncle depuis l'âge de quatre mois, Maria, âgée de six ans, est renvoyée chez sa mère et son beau-père qui ont la réputation de négliger leurs propres enfants. Inquiets, les voisins informent le service de protection de l'enfance que Maria est maltraitée et négligée. Maria manifeste son appel à l'aide en se sauvant de chez elle un matin, à moitié vêtue, et en se réfugiant chez une tante. Un peu avant son huitième anniversaire de naissance, Maria est tuée par son beau-père.

Il est difficile de déterminer si les troubles de comportement chez l'enfant sont provoqués par les mauvais traitements, ou vice-versa; mais il ne fait aucun doute que beaucoup d'enfants maltraités sont très difficiles à

élever. Les bébés prématurés, par exemple, seraient très exposés à la violence et à la négligence. L'évaluation clinique de ces enfants et d'autres enfants maltraités[6,7,8] indique la présence de troubles importants de comportement que les adultes, surtout les parents, trouvent pénibles à accepter. Le fait de ne pas reconnaître à quel point le comportement de l'enfant peut influencer la situation peut avoir des conséquences désastreuses.

L'assaillant

L'assaillant suspect a été identifié dans 98 pour 100 des cas en Ontario. Parmi eux, 43 étaient des femmes, 36 des hommes et, dans 19 cas, les deux parents ou conjoints étaient responsables de la mort de l'enfant. Les parents naturels étaient coupables dans 63 pour 100 des décès: la mère dans 38 décès, le père dans 13 et les deux parents dans 12. Agissant seuls ou conjointement avec la mère, les concubins ou amis ont causé 25 décès. Des gardiens ou gardiennes d'enfants, âgés de 12 à 40 ans, ont causé 9 des décès.

Vingt et un enfants ont été tués par une mère seule, célibataire ou séparée. Dans ce groupe, souvent la mère avait moins de 20 ans, était pauvre et vivait isolée socialement. Dans ces familles vulnérables, une autre grossesse ou une dépression post-partum posent un risque additionnel pour les enfants.

Dans beaucoup de cas, la mère, jeune et isolée, était exploitée par un homme instable qui s'était installé chez elle en soi-disant "conjoint de fait". Les enfants en bas âge laissés à leurs soins courent de graves risques d'être maltraités ou tués.

Il a été difficile d'obtenir des données sur les antécédents socio-économiques des assaillants. Les seules que nous avons obtenues révèlent dans la majorité des cas le tableau usuel de pauvreté, de manque d'instruction, de manque de compétences professionnelles ou d'emploi, d'état de santé médiocre et de conditions insalubres de logement. En Ontario, les assaillants se recrutent chez des cols blancs ou des professionnels dans six cas seulement.

Dépistage et prise en charge des cas à risque élevé

Une fois qu'un adulte a grièvement blessé un enfant, le risque qu'il récidive est très grand si les causes sociales et émotionnelles sous-jacentes ne sont pas réglées. Les jeunes parents qui n'ont pas les compétences sociales ni le soutien nécessaires sont particulièrement exposés. Les enfants gravement maltraités qui sont renvoyés dans le même milieu risquent donc de subir d'autres mauvais traitements. On peut avancer, en règle générale, lorsque les blessures sont graves (fracture des os, du crâne), que plus l'enfant est jeune, plus le risque de mortalité est grand.

Les cas extrêmes ne sont pas difficiles à dépister. Il en va autrement des cas limites où les faits ne sont pas clairs et n'obéissent pas à des règles simples. L'évaluation doit donc tenir compte d'une vaste gamme de facteurs personnels et socio-situationnels. Les antécédents développementaux et médicaux de la victime revêtent une grande importance. Il va de soi qu'il

faut obtenir des informations détaillées sur les antécédents de l'infracteur, ses compétences parentales, son usage d'alcool ou de drogue, et ses antécédents de violence criminelle s'il y a lieu. Il ne faut pas non plus oublier les données sur la disponibilité et l'utilisation des systèmes de soutien social, familial et professionnel.

L'attitude de la collectivité face à la brutalisation des enfants doit aussi faire partie de l'appréciation. Des médecins incompétents, des agences de protection de l'enfance peu ouvertes et des travailleurs sociaux inexpérimentés augmentent évidemment le risque que l'enfant continue d'être maltraité.

En ne répondant pas aux avertissements lancés par des voisins et des parents inquiets, les agences de protection de l'enfance ont aussi leur part de responsabilité dans plusieurs décès d'enfants brutalisés ou négligés au Royaume-Uni et en Ontario. Tout aussi inquiétante est l'incapacité du personnel soignant de répondre adéquatement aux appels à l'aide exprimés par des parents désespérés. Les mères déprimées, par exemple, vont souvent consulter un médecin pour faire soigner leur enfant. Le médecin peu perspicace, qui se contente de prescrire un tranquillisant, ouvre la porte à une tragédie.

En résumé, on peut dire que la prise en charge efficace des cas à risque élevé comprend six éléments principaux:

- Le cas doit être confié à un travailleur social expérimenté et compétent professionnellement, qui aidera la famille et protégera l'enfant.

- Après que la crise initiale a été maîtrisée, une évaluation détaillée de toute la situation doit être faite et utilisée pour orienter l'intervention.

- L'agence de protection de l'enfance, en collaboration avec les parents, les membres de la famille et les voisins concernés, doit établir des objectifs clairs et réalistes en vue d'appuyer la famille, soulager le stress et protéger les enfants.

- Étant donné que les cas à risque élevé commandent presque invariablement l'intervention d'une pléiade d'agences sociales (dont la police), l'agence de protection de l'enfance doit prendre l'initiative de mettre sur pied un comité interdisciplinaire qui s'occupera du cas.

- L'enfant maltraité, qu'il reste ou non à la maison, aura probablement besoin de services spécialisés d'évaluation du développement et de traitement.

- Les juges, s'ils interviennent, doivent se rappeler le principe d'Henry Kempe selon lequel si un enfant n'est pas en sécurité à la maison, aucun service social ne pourra le protéger[9].

Conclusion

Cette étude montre bien qu'il faut modifier radicalement la distribution des services de protection de l'enfance. Il ne fait aucun doute par exemple que l'absence d'une approche interdisciplinaire et le manque de communication entre les professions mettent en danger la vie de l'enfant à risque.

L'identification d'un enfant à risque crée beaucoup d'angoisse chez le personnel soignant. Cette angoisse se manifeste par une incapacité d'agir, par la perte de l'objectivité professionnelle, ou encore par différentes réactions de panique qui ne font qu'accroître l'hostilité et le sentiment de désespoir des parents. Si la situation familiale ne s'améliore pas de façon concrète, le travail social exercé sporadiquement ne réussira pas à protéger les enfants maltraités et négligés.

Les constatations positives sont que, si les agents de la protection de l'enfance connaissant mieux le profil psychologique des enfants maltraités, ils peuvent enfin reconnaître les situations où l'enfant provoque la violence. Sans blâmer les victimes, on peut comprendre que beaucoup de parents qui ne se maîtrisent plus aient besoin d'aide spécialisée pour élever des enfants très difficiles.

Enfin, il importe de reconnaître que même si elles protègent leur survie physique, les nouvelles techniques de dépistage et prise en charge des enfants à risque élevé ne guériront pas leurs blessures émotionnelles. C'est pourquoi le personnel soignant doit sensibiliser le public et les organismes gouvernementaux à la nécessité de créer des programmes spéciaux pour répondre aux besoins sociaux et émotionnels des enfants battus et négligés et de leurs frères et soeurs. Prévoir ces services aujourd'hui est peut-être la seule solution efficace pour prévenir le décès d'enfants brutalisés demain.

Références

1. Greenland C. Lethal Family Situations: An international comparison of deaths from child abuse. In: Anthony EJ, Chiland C (eds). The Child and His Family: Preventive Child Psychiatry in an Age of Transition. John Wiley et Sons: New York, 1980.

2. US Department of Health and Human Services: National study of the incidence and severity of child abuse and neglect. (Pub n° OHDS 81-30325) Washington DC 1981.

3. Jason J, Andereck N. Fatal child abuse in Georgia: The epidemiology of severe physical child abuse. Child Abuse and Neglect 7(1): 1-9 (1983).

4. Helfer RE, Pollock C. The battered child syndrome. Advance Pediat: vol 15: 9-27 (1968).

5. Creighton SJ. Trends in Child Abuse. The National Society for the Prevention of Cruelty to Children, London, 1984.

6. Green AH. Self-Destructive Behaviour in Battered Children. American Journal of Psychiatry 135.5, 579-582 (1978).

7. George C, Main M. Abused Children: Their Rejection of Peers and Caregivers. In: Field TF (ed). High-Risk Infants and Children. Academic Press, New York, 1980.

8. Lynch MA, Roberts J. Consequences of child abuse. Academic Press. London, 1982.

9. Helfer RE, Kempe CH. Some Problems Encountered by Welfare Department in the Management of the Battered Child Syndrome. University of Chicago Press, 1968.